

Centre des réclamations relatives à l'hépatite C (1986-1990)

B.P. 2370, succursale D
Ottawa (Ontario) Canada
K1P 5W5

Tél. :1-877-434-0944

HEMO 23



**Choix du paiement forfaitaire de 50 000 \$ pour une personne hémophile directement infectée
ou (une personne atteinte de thalassémie majeure) qui est également infectée par le VIH et qui
était toujours vivante le 1^{er} janvier 1999**

Strictement privé et confidentiel

**LE DEMANDEUR DOIT APOSER ICI
UNE DES ÉTIQUETTES PRÉIMPRIMÉES
FOURNIES**

* Si vous n'avez pas d' étiquettes, téléphonez
au numéro 1-877-434-0944 pour obtenir des renseignements.

CORRECTIONS SEULEMENT :
Inscrivez ci-dessous toutes corrections au sujet du nom et de
l'adresse, s'il y a lieu :

VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT LES DIRECTIVES (NOTAMMENT LE PARAGRAPHE 3) INCLUSES DANS CE FORMULAIRE AVANT DE LE REMPLIR.			
Ce formulaire doit être rempli par la personne hémophile directement infectée (ou la personne atteinte de thalassémie majeure) qui est également infectée par le VIH, ou si la personne est une personne adulte mentalement inapte ou est décédée, par son représentant personnel approuvé au titre du VHC en son nom.			
SECTION A – RENSEIGNEMENTS PERSONNELS			
PERSONNE HÉMOPHILE DIRECTEMENT INFECTÉE (OU PERSONNE ATTEINTE DE THALASSÉMIE MAJEURE)			
1.	Prénom	Second prénom / Initiales	Nom de famille
	Adresse résidentielle	Ville	Province / Territoire
			Code postal
REPRÉSENTANT PERSONNEL AU TITRE DU VHC APPROUVÉ			
2.	Prénom	Second prénom / Initiales	Nom de famille
	Adresse résidentielle	Ville	Province / Territoire
			Code postal
SECTION B – CHOIX ET RENONCIATION			
Le choix du paiement forfaitaire de 50 000 \$ est pleinement conforme à toutes les demandes d'indemnisation antérieures, présentes ou futures, y compris toutes les demandes d'indemnisation possibles par les membres de la famille et \ ou les personnes à charge de la personne hémophile directement infectée (ou la personne atteinte de thalassémie majeure) qui est également infectée par le VIH. Aucun autre montant ne sera versé.			
3.	Je déclare que la personne hémophile directement infectée (ou la personne atteinte de thalassémie majeure) est également infectée par le VIH.		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non



4.	J'exerce le choix du paiement forfaitaire de 50 000 \$ comme indemnisation complète de toutes demandes d'indemnisation en vertu du régime à l'intention des hémophiles infectés par le VHC au nom de la personne hémophile directement infectée (ou la personne atteinte de thalassémie majeure), également infectée par le VIH.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
5.	J'exerce ce choix en sachant pleinement qu'en choisissant le paiement forfaitaire de 50 000 \$, ni la personne hémophile directement infectée (ou la personne atteinte de thalassémie majeure), ni la succession, ni les personnes à charge ou membres de la famille n'auront droit à d'autres paiements en vertu du régime à l'intention des hémophiles infectés par le VHC.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

SECTION C – ATTESTATION

J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. Je ne fais aucune fausse déclaration ou demande d'indemnisation exagérée pour obtenir des bénéfices auxquels je n'ai pas droit.

Date de la signature

Signature de la personne infectée par le VHC ou son représentant personnel au titre du VHC

Signature du témoin